



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA



# FUNCIONAMIENTO DEL NÚCLEO FAMILIAR DE LA PERSONA ADULTA HIPERTENSA

**Autoras:**

Br. Bordagorry, Angeles  
Br. Campos, Maira  
Br. González, Jimena  
Br. Silva, Lourdes  
Br. Zitto, Lucía

**Tutoras:**

Prof. Adj. Cecilia Acosta  
Prof. Adj. (s) Ana Arada

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2013

## **ÍNDICE**

<b>Resumen del proyecto</b>	<b>Pág. 3</b>
<b>Introducción</b>	<b>Pág. 4</b>
<b>Área temática y formulación del problema</b>	<b>Pág. 5</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>Pág. 6</b>
<b>Justificación</b>	<b>Pág. 8</b>
<b>Marco conceptual</b>	<b>Pág. 9</b>
<b>Diseño metodológico</b>	<b>Pág. 20</b>
<b>Definición de Variables</b>	<b>Pág. 21</b>
<b>Resultados</b>	<b>Pág. 27</b>
<b>Análisis</b>	<b>Pág. 37</b>
<b>Conclusión</b>	<b>Pág. 39</b>
<b>Sugerencias</b>	<b>Pág. 39</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>Pág. 40</b>
<b>Anexos</b>	<b>Pág. 42</b>

## **RESUMEN DEL PROYECTO**

El trabajo de investigación tuvo como área temática: "Enfermedades Prevalentes en el Adulto en el Primer Nivel de Atención".

Teniendo en cuenta que las Enfermedades Cardiovasculares, entre ellas la hipertensión arterial es la mayor causa de mortalidad en el mundo, y que en nuestro país en el año 2007 presento una tasa de 317,4 por 100.000 habitantes, aproximadamente un 33% de la totalidad de muertes; se planteó como objetivo principal, identificar el funcionamiento del núcleo familiar de la persona adulta hipertensa.

En este trabajo se utilizo una metodología cuantitativa, estudio descriptivo, de corte transversal.

La recolección de los datos se llevo a cabo en dos Policlinicas del sector público de la ciudad de Montevideo, donde asisten usuarios adultos hipertensos; en el período del 24 al 28 de setiembre de 2012 en el horario comprendido de 8 a 12 hs. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento elaborado para tal fin que consiste en una entrevista semi- estructurada, con el correspondiente instructivo de llenado (ver anexo 1). En la misma se incluyeron variables para caracterizar a la población objetivo y su familia.

A través del procesamiento de los datos se obtuvieron los siguientes resultados en relación al funcionalismo familiar; de los 189 usuarios entrevistados el 73% posee una familia normofuncional, el 15% corresponde a familia moderadamente disfuncional, y el 12% restante familia gravemente disfuncional.

Mediante la relación de variables se vio que de la población estudiada que posee una familia normofuncional, mayoritariamente cumplen con el tratamiento; sin embargo del total de usuarios que poseen una familia gravemente disfuncional en su mayoría no cumplen con el tratamiento.

## **INTRODUCCION**

El presente trabajo fue elaborado por cinco estudiantes que se encuentran realizando el Trabajo Final de Investigación, perteneciente al primer modulo del cuarto ciclo de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, Plan de estudio 1993.

Se realizó en la República Oriental del Uruguay, en la ciudad de Montevideo, en dos policlínicas pertenecientes al sector público, y pretende destacar la importancia del núcleo familiar en el adulto hipertenso dado que según cifras de nuestro país la hipertensión arterial presentó una tasa de 33% de la totalidad de muertes.

Se utilizó una metodología cuantitativa, estudio descriptivo, de corte transversal. Utilizando como método de recolección de datos una entrevista semiestructurada, elaborada para dicha investigación.

## **ÁREA TEMÁTICA Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

*Enfermedades prevalentes en el adulto en el Primer nivel de Atención.*

### **Área Problema**

- Funcionamiento del núcleo familiar de la persona adulta hipertensa, que concurren a una policlínica.

### **Objetivo General**

- Conocer el funcionamiento del núcleo familiar de la persona adulta hipertensa.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar el tipo de familia que prevalece en el adulto hipertenso.
- Caracterizar a la población hipertensa a estudiar según: Sexo, Edad, Ocupación, Jefe de Familia, Cumplimiento del Tratamiento.
- Identificar el funcionamiento familiar a través de la aplicación del APGAR Familiar en la persona adulta hipertensa de la población estudiada.

## ANTECEDENTES

*Los estudios encontrados en relación a pacientes hipertensos y la familia fueron los siguientes:*

- El estudio realizado en *Universidad de Colima, México Facultad de Medicina* tiene como objetivo determinar que la disfunción familiar es un factor que contribuye en los pacientes con hipertensión arterial a un mal control de su enfermedad en comparación con los que presentan buen control y familia funcional. Se realizó un estudio transversal prospectivo; donde se compararon los niveles de hipertensión arterial con el grado de funcionalidad familiar y su relación con la descompensación de la hipertensión arterial. Para valorar la función familiar se aplicó el test de APGAR familiar a 140 hipertensos.

Como resultado de esta investigación, se concluye que la presencia de disfunción familiar asociada a descontrol del paciente hipertenso, contribuye de alguna forma al mal control de la hipertensión.<sup>1</sup>

- El estudio realizado en México tiene como objetivo determinar la asociación entre apoyo familiar y apego al tratamiento de la hipertensión arterial. Se realizó un estudio de casos y controles al que se integraron 80 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (40 pacientes en cada grupo). Se considera como casos a los pacientes con apego y como controles a los pacientes sin apego al tratamiento. Las variables evaluadas fueron: edad, género, duración de la hipertensión arterial, escolaridad y estado civil.

Los resultados obtenidos mostraron que no hubo diferencias entre los grupos. Se concluye que el apego se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.<sup>2</sup>

1-García López, R. Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial; México 2007. Disponible en: [http://Digeset.Ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/Ricardo\\_Garcia\\_Lopez.pdf](http://Digeset.Ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Ricardo_Garcia_Lopez.pdf) . [Fecha de acceso: 21 de mayo, de 2012].

2- Marín, F. Rodríguez, M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial; México 2001. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10643412.pdf>. [Fecha de acceso: 21 de Mayo, de 2012].

- La encuesta realizada en Uruguay, tiene como objetivo conocer la prevalencia de los principales factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), en la población de 25 a 64 años de edad.

Se utilizó una metodología STEPS desarrollada por OMS/OPS para realizar este tipo de estudios; con la finalidad de realizar la vigilancia epidemiológica de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Los resultados más importantes fueron los siguientes: 32,7% de la población es fumador diario, 52,6% de la población se considera bebedor actual (consumió alcohol en los últimos 30 días), un 17,4% de los hombres y un 7,9% de las mujeres presentaban abuso por ingesta de alcohol (bingedrinking) en la última semana, el consumo de frutas y/o verduras es en promedio de 3 porciones al día, 6 días a la semana, el 35% de la población tiene un nivel bajo de actividad física, la prevalencia de hipertensión arterial es de 30,4%, el 56,7% tiene sobrepeso u obesidad, la prevalencia de diabetes es de 5,5% y un 29,2% tiene colesterol en sangre elevado.

En conclusión, se encontró una alta prevalencia de factores de riesgo para ECNT en la población adulta uruguaya.<sup>3</sup>

3- MSP- 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Uruguay 2006. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/ucapidepiologia\\_5551\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucapidepiologia_5551_1.html) [Fecha de acceso: 11 de junio de 2012]

## JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado que la Presión arterial elevada es la mayor causa de mortalidad en el mundo. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad. En el año 2007 totalizaron una tasa de 317,4 por 100.000 habitantes, aproximadamente un 33% del totalidad de muertes.

Según la encuesta nacional de factores de riesgo realizada por el Ministerio de Salud Pública en el año 2006, el 37% de la población adulta de 25 a 64 años es hipertensa. <sup>4</sup>

Datos parciales de nuestro país muestran que aproximadamente 1 de cada 3 personas adultas tienen Hipertensión Arterial, 1 de cada 3 hipertensos no sabe que lo es, y solo 1 de cada 8 tiene un control adecuado de su presión arterial.<sup>5</sup>

La HTA es la primera causa de insuficiencia cardíaca y accidente cerebro vascular; y la segunda de insuficiencia renal crónica e ingreso a planes de diálisis. Es por eso que combatir esta afección es fundamental para evitar daños irreparables.

Para abordar esta temática es fundamental la participación de enfermera comunitaria ya que la misma tiene la capacidad de conocer las necesidades de atención a la salud, además posee los conocimientos, habilidades técnicas y la actitud para atender a las personas en los lugares donde viven, trabajan, estudian, donde se relacionan, así como también en las instituciones sanitarias.

Además forma parte de un equipo interdisciplinario, que trabaja en coordinación con otras instituciones o sectores, cumpliendo las funciones de atención, docencia, e investigación. Fortaleciendo a su vez la capacidad de participación y creación de los involucrados. <sup>6</sup>

4 - RAP- ASSE. Hipertensión Arterial. En: Guía de abordaje de la Hipertensión Arterial para el Primer Nivel de Atención. Montevideo: 2010. Pág. 19

5 - Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial. Hipertensión Arterial 3er consenso Uruguayo. Octubre 2005. Pág. 6

6 - Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería Comunitaria.



Se pretende conocer a través de éste trabajo de investigación, el funcionamiento familiar de las personas adultas hipertensas.

## MARCO CONCEPTUAL

Tomando como referencia nuestro objetivo el cual es, identificar el funcionamiento del núcleo familiar de la persona adulta hipertensa, es de suma importancia citar la definición de adulto, la cual comprende a toda persona entre los 21 y 64 años de edad, población en edad productiva y económicamente activa.

También cabe destacar la definición de hipertensión arterial; siendo considerada como una fuerza de características centrífugas ejercida por la sangre contra la pared arterial, con el objeto de posibilitar la irrigación de los diversos tejidos; la PA es la energía de la contracción de las arterias, que, a su vez es proporcional a la intensidad del flujo sanguíneo.

La PA es máxima durante la contracción del miocardio o sístole y disminuye durante la diástole. De ello se deriva la presión sistólica (PAS) y la presión diastólica (PAD). A medida que la sangre se aleja del corazón, la diferencia entre la PAS o la PAD disminuye actuando la aorta como amortiguadora.

La PA depende fundamentalmente de dos factores: del volumen cardíaco de expulsión o gasto cardíaco (GC), y de las resistencias periféricas (RP) o conjuntos de resistencias que oponga el sistema arterial a la circulación de la sangre. Se puede expresar mediante la siguiente fórmula:  $PA = GC \times RP$

En términos generales se considera que unas cifras mantenidas iguales o superiores a 140mmHg para la PAS y de 90mmHg para la PAD, justifican el diagnóstico de hipertensión arterial realizadas en tres instancias en días distintos y en condiciones adecuadas. Clasificación de la PA

Categoría	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Optima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Grado I (ligera)	140-159	90-99
Grado II (moderada)	160-179	100-109
Grado III (grave)	≥180	≥110
Sistólica aislada	≥140	< 90

En los pacientes hipertensos confluyen determinados factores: biológicos, psicológicos y forma de vida, que actúan negativamente sobre la PA. Las variables Individuales, hacen referencia a la herencia, edad, sexo, raza, antecedentes familiares de hipertensión arterial; permite profundizar en su patogenia e intervenir sobre ellos usando medidas preventivas para reducir el número de personas hipertensas. Estudios epidemiológicos han demostrado que existe correlación entre la aparición de hipertensión arterial y cada uno de los factores señalados. En el caso de la variable sexo desde la adolescencia hasta la menopausia la prevalencia de hipertensión arterial es superior en los hombres. Posteriormente estas diferencias se estrechan, en parte por el incremento de la prevalencia en mujeres post menopáusicas; pero también debido a las muertes prematuras en los hombres de mayor edad.

En cuanto a la variable edad la presión arterial sistólica y la hipertensión arterial sistólica aislada, tienden a aumentar hasta la octava década de la vida, de diferente manera pero también cuando aumenta la edad lo hace la presión arterial diastólica.

Las variables asociadas al Estilo de Vida, estos factores de riesgo son adquiridos y por tanto se puede trabajar sobre ellos para modificarlos. Entre ellos incluimos factores dietéticos como una ingesta calórica superior a los requerimientos, resultando sobrepeso u obesidad, la ingesta elevada de cloruro sódico, el consumo habitual de grandes cantidades de café o alcohol, el sedentarismo y el consumo de fármacos (anticonceptivos orales).

En cuanto a las variables Psicológicas, no es posible afirmar que exista un perfil psicológico que defina al sujeto hipertenso. Pese a las investigaciones desarrolladas, no se conocen variables psicológicas influyentes en la elevación y permanencia de los valores de PA. La OMS desde 1986 le reconoce al estrés un papel importante en la aparición y mantenimiento de la HTA.

El tratamiento de la hipertensión arterial se fundamenta en dos grandes aspectos:

Tratamiento farmacológicos (diuréticos, bloqueadores beta, alfa-metildopa, vasodilatadores periféricos, inhibidores de la ECA, antagonistas de calcio) y Tratamiento no farmacológico (medidas higiénico- dietéticas). (Ver anexo 2)

**Tratamiento Farmacológico:**

La OMS aconseja una reducción gradual de las cifras de PA, y un programa escalonado puede simplificar el tratamiento y reducir los efectos secundarios. Por ello propone iniciar siempre que sea posible, el tratamiento con un solo fármaco e ir aumentando progresivamente su dosis hasta llegar a la máxima aconsejada. Solo si, así, no se controlan las cifras tensionales indica que se añada un segundo, tercer o cuarto fármaco; insistiendo en el escalonamiento y sistematización de los nuevos medicamentos que se añadan. El paso de un escalón al siguiente presupone haber agotado las posibilidades terapéuticas con los fármacos del anterior escalón. El control y normalización de las cifras tensionales va a ser el elemento clave, junto con los posibles efectos adversos, que aconsejaran el mantenimiento o la modificación el tratamiento, que determinara si el paciente permanece en el escalón inicial o se le pasa a los sucesivos.

**Primer escalón:** diuréticos, bloqueadores beta, inhibidores de calcio.

**Segundo escalón:** bloqueadores adrenérgicos.

**Tercer escalón:** vasodilatadores.

**Cuarto escalón:** inhibidores de la enzima de conversión, bloqueadores adrenérgicos y vasodilatadores específicos de este grupo.

**Tratamiento no Farmacológico:**

El paciente hipertenso debe conocer desde un principio la repercusión orgánica de la HTA y el riesgo de patologías cardiovasculares al que está sometido. Cualquier paciente hipertenso, independientemente de sus cifras tensionales, debe iniciar y mantener un tratamiento no farmacológico ineludible, en todos los casos y, generalmente de por vida. Esta alternativa para el tratamiento de la HTA, se ha demostrado eficaz para su control, tanto por sí misma como en sinergia con

el tratamiento farmacológico, sobre todo en los casos de hipertensión leve o moderada. En este caso el tratamiento, basado en medidas higiénico- dietéticas tiene una doble finalidad. Por una parte se trata de que consiga que su estilo de vida sea más saludable, y desde luego compatible con la patología hipertensiva; por otro lado pretende que el paciente tenga ciertos recursos para cambiar aquellos hábitos considerados factores de riesgo modificables que inciden en el desarrollo de mantenimiento de la HTA.

Entre las recomendaciones usuales en relación con un estilo de vida más saludable para reducir los riesgos asociados a la HTA se encuentran: llevar una vida equilibrada y organizada; el ejercicio físico debe ser algo presente en la vida cotidiana del paciente hipertenso, siempre y cuando la actividad física sea continuada, moderada y aeróbica; el estrés son situaciones que también requieren un control adecuado lo importante es el entrenamiento en el manejo y control de técnicas de auto-relajación.<sup>7</sup>

Por otra parte es importante el apoyo de la familia en el cumplimiento del tratamiento del paciente hipertenso, por esta razón se cita la definición de Familia, entendiéndose como: "grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos".

Según L. de la Revilla, la concepción de la familia va más allá de la definición tradicional y fenomenológica en la que solo se la considera como la agrupación de los individuos con los lazos consanguíneos, conyugales o de adopción, con vínculos entre sí e intereses en común, para trasladarla a un plano social en donde tanto en su estructura como en sus funciones intervienen factores socioeconómicos. Desde el punto de vista de este enfoque, podemos definir la familia como una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo pero que responde a la clase social a la que pertenece, esto significa

7- Ramos Calero "Enfermería Comunitaria: métodos y técnicas" Edil. Díazlón. 1ª ed. España. 2000. Pág. 411- 414

que la participación de sus miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social.<sup>8</sup>

Con respecto a la definición de familia estamos de acuerdo con la que define L. de la Revilla, porque consideramos que en la actualidad debido a diversas situaciones, como por ejemplo la socioeconómica, afectiva, etc., las personas se agrupan con fines comunes y no necesariamente tienen lazos consanguíneos. Estos grupos se organizan para cumplir funciones de apoyo comunicación, expresión de los afectos, toma de decisiones, aspectos económicos.

“La familia cumple funciones vitales que otros grupos no pueden llevar a cabo tan eficazmente, como son la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia. Para evaluar el funcionamiento familiar podemos analizar las 6 funciones básicas de la familia según el Modelo Circunflejo de adaptación (Olson):

- **Comunicación:** es una función primordial ya que gracias a ella todas las demás pueden cumplirse. La familia utiliza muy variados mensajes verbales y paraverbales para transmitir afecto, ayuda, autoridad, comprensión.
- **Afectividad:** es la relación de cariño o amor existente entre los miembros de la familia. Supone una función básica a partir de la cual se transmite parte del apoyo necesario en momentos de crisis.
- **Apoyo:** la familia proporciona apoyo a los miembros que lo necesitan. Esta ayuda puede ser económica, afectiva, financiera, etc., gracias a ella se puede resolver situaciones conflictivas o abordar momentos de crisis individuales o familiares. El apoyo nace del sentimiento de pertenencia a la familia, de saber que comparte, como grupo, creencias, proyectos y afectos comunes.
- **Adaptabilidad:** la familia es un grupo dinámico, que mantiene relaciones internas con los elementos que la conforman, y externas con su entorno social, educacional y laboral, todas ellas la exponen a cambios, necesitando para resolver cada nueva situación una buena capacidad de adaptación que le permita responder adecuadamente a una gama variada de estímulos.

8- Revilla L de la. ¿Qué es la familia? En: Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Doyma; 1994 Pág. 7-9

- **Autonomía:** la familia establece autonomía mediante mecanismos que marcan los límites entre dependencia-independencia, no solo dentro del grupo familiar sino en su relación con el entorno social.
- **Reglas y normas:** las familias establecen reglas y normas de comportamiento que permiten mantener con orden y armonía la conducta de sus miembros dentro del hogar.<sup>9</sup>

Se considera que el tamaño de la familia y los roles que cumplen cada integrante de la misma influye en el proceso salud - enfermedad, y la utilización de los servicios de salud, por lo cual a continuación se cita una clasificación estructural, basada en la familia nuclear, que mantiene otras tipologías de familia:

- Familia extensa: es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, pues conviven en un mismo hogar más de dos generaciones.
- Familia nuclear: formada por dos individuos de distintos sexos, que ejercen el papel de padres, y por sus hijos. Según determinadas peculiaridades se subdividen en:
  - Familia nuclear con parientes próximos: se refiere a aquellas familias que tienen la misma localidad a otros miembros familiares, fundamentalmente la madre de uno de los cónyuges.
  - Familia nuclear sin parientes próximos: cuando no tiene familia en su misma localidad.
  - Familia nuclear numerosa: es la que está formada por los padres y más de cuatro hijos.
  - Familia nuclear ampliada: recibe esta denominación cuando en el hogar conviven otras personas, que pueden ser: parientes o agregados.
  - Familia binuclear: se clasifican así cuando después de un divorcio unos de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar, hijos de distintos progenitor.

9- Revilla, L. ¿Qué es la familia? En: Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Doyma; 1994 Pág.: 7-9.

- **Familia monoparental:** es la constituida por un solo cónyuge y sus hijos.
- **Personas sin familia:** se incluyen en este epígrafe, no solo el adulto soltero, sino también el divorciado, o el viudo sin hijos, y los jóvenes que por necesidades de trabajo viven de este modo, sin que implique un rechazo a la vida familiar.
- **Equivalentes familiares:** se tratan de individuos que conviven en un mismo hogar, sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas religiosas que viven fuera de su comunidad.<sup>10</sup>

Es importante conocer datos básicos sobre el nivel del funcionamiento familiar del usuario, el mismo se puede evaluar a través del APGAR Familiar (Desarrollado por Smilkstein 1978), es un cuestionario autoadministrado, que consta únicamente de cinco preguntas cerradas, diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la función familiar. Cada pregunta se puntúa sobre una escala de Likert, dando un valor de 0 a 2 (casi nunca 0, a veces 1, casi siempre 2), obteniéndose al final un índice entre 0 y 10. Clasificándose luego en:

- **Familias normofuncionales:** entre 7- 10 puntos.
- **Moderadamente disfuncionales:** entre 4- 6 puntos.
- **Gravemente disfuncionales:** entre 0- 3 puntos.

El APGAR familiar mide los componentes del funcionalismo familiar referidos a adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

**Adaptabilidad:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas familiares en situaciones de estrés familiar o en periodos de crisis.

**Cooperación:** es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

<sup>10</sup> Revilla, L., Estructura familiar En: Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona: Doyma, 1994. Pág. 29- 30.



**Desarrollo:** es la maduración física y emocional y la auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

**Afectividad:** es la relación de cariño o amor que existe entre los miembros de la familia.

**Capacidad resolutive:** es el compromiso de dedicar tiempo a entender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros familiares. Generalmente implica la decisión de compartir unos ingresos y un espacio.

**Cuestionario APGAR familiar.** <sup>11</sup>

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
• ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
• ¿Discuten entre ustedes los problemas que tiene en casa?			
• ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
• ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y Ud. Permanecen juntos?			
• ¿Siente que su familia lo quiere?			

Cabe destacar la importancia del primer nivel de atención, la cual se define como la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de salud de una población determinada, y que deben ser accesibles a la población. Es la base del sistema de salud, el primer contacto que tiene la población con el sistema sanitario. La atención debe ser

11- Revilla, L., Estructura familiar En: Conceptos e Instrumentos de la Atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994. Pág. 99- 100

orientada hacia los principales y mas frecuentes problemas de salud-enfermedad de la población.<sup>12</sup>

Es fundamental la participación de la enfermera comunitaria durante el proceso salud-enfermedad del usuario, ya que la misma trabaja con la comunidad, en acciones de promoción y prevención.

Es así que se define a la enfermera/o comunitaria/o como: "el profesional responsable, que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan las personas, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la o el enfermera/o, como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de atención, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados".<sup>13</sup>

Cabe destacar la importancia de la participación de enfermería en enfermedades crónicas; ya que las mejoras en las condiciones de vida, de trabajo y el aumento en la esperanza de vida han contribuido a que las enfermedades prevalentes en la actualidad sean crónicas, acumulativas, degenerativas y ligadas a etiologías multicausales y sociales.

Por esto se pretende avanzar mediante el fortalecimiento de acciones vinculadas a la detección precoz de los usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles. Las políticas actuales de salud estimulan la capacitación y el trabajo con guías y protocolos, plantean realizar un seguimiento adecuado a través de equipos de

12- Barrenechea. C, Menoni. T, Lacava. E, Monje.A, Acosta. C, Crosa.S, Gabrielzyk. I, Carrillo.R. En: Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería, Universidad de la República; 2009. P 38-39.

13- Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería Comunitaria

atención del primer nivel y evaluar las acciones instrumentadas para tratar estas enfermedades.

Actualmente en relación a las enfermedades crónicas no transmisibles las metas prestacionales van dirigidas a la instrumentación de actividades de prevención capacitación, seguimiento de la población afectada y elaboración de guías prácticas y protocolos por parte de los servicios.<sup>14</sup>

14- Barrenechea. C, Menoni. T, Lacava. E, Monje-A, Acosta. C, Crosa.S, Gabrielzyk. I, Carrillo.R. En: Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería, Universidad de la República; 2009. P 119-120.

## **METODOLOGIA (diseño metodológico)**

### Tipo y diseño general del estudio

El tipo de estudio que se utilizó para la investigación fue descriptivo, de corte transversal, aplicando una metodología cuantitativa.

Universo: Adultos hipertensos que se atienden en las policlínicas del sector público.

Muestra: Todos los adultos hipertensos que asistieron a las dos policlínicas del sub sector público (seleccionada por conveniencia de los investigadores) en el período comprendido entre 24 de setiembre y 28 de setiembre de 2012, en el horario de 8 a 12 hrs.

Unidad de análisis y observación: adultos hipertensos que concurrieron a las policlínicas del sub sector público

Criterios de inclusión: usuarios adultos hipertensos que concurrieron a las policlínicas del sector público, y aceptaron formar parte del trabajo de investigación.

Se realizó una prueba piloto en una policlínica del sector público el día 21 de setiembre de 2012 en el horario de 8 a 12 hrs, la que permitió a los investigadores realizar los ajustes pertinentes.

Recolección de datos: la técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista, cuya modalidad es semi-estructurada. La fuente de información es primaria ya que se obtuvo la misma a través del contacto directo con los usuarios.

Al inicio de la entrevista se le solicitó autorización de forma verbal y se le explicó la finalidad de la misma, la confidencialidad de los datos así como el anonimato.

Los datos obtenidos de las entrevistas realizadas fueron tabulados y posteriormente graficados para su análisis, se utilizó como herramienta el programa Excel. Los mismos se presentan en tablas y gráficos.

## DEFINICION DE VARIABLES

### Variable SEXO

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual: Características biológicas determinadas, que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres<sup>15</sup>

Definición operativa: Caracteres sexuales secundarios o lo que responda el usuario

Categorías:

- Femenino
- Masculino

### Variable EDAD

Variable: cuantitativa continua

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona.<sup>16</sup>

Definición operativa: años cumplidos al momento de la entrevista

Categorías:

- 21 - 24 años
- 25 – 29 años
- 30 – 34 años
- 35 – 39 años
- 40 – 44 años
- 45 – 49 años
- 50 – 54 años
- 55 – 59 años
- 60 – 64 años

15- López, A., Diccionario Enciclopédico Universal. España: Cultural S.A.; 1998

16- López, A., Diccionario Enciclopédico Universal. España: Cultural S.A.; 1998

**Variable OCUPACION**

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual: trabajo, empleo u oficio que realiza.<sup>17</sup>

Definición operacional: actividad laboral que desempeña al momento de la entrevista.

Categorías:

- Ocupado
- Desocupado
- Jubilado
- Pensionista
- Rentas

**Variable: CON QUIEN VIVE.**

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual: personas con las que vive, con o sin parentesco en un mismo hogar.<sup>18</sup>

Definición operacional: integrantes que conviven en un mismo hogar y la relación entre ellos.

Categorías:

- Madre
- Padre
- Hijos
- Cónyuge
- Otros

17-López, A., Diccionario Enciclopédico Universal. España: Cultural S.A.; 1998

18- López, A., Diccionario Enciclopédico Universal. España: Cultural S.A.; 1998

**Variable: JEFE DE FAMILIA**

Variable: cualitativa nominal

Definición conceptual: persona reconocida como tal por los demás integrantes de la familia.<sup>19</sup>

Definición operacional: referente del núcleo familiar.

Categorías:

- Si
- No

**Variable: APGAR FAMILIAR**

Variable Compleja: cualitativa nominal

Definición conceptual: medición de los componentes del funcionalismo familiar referidos a adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.<sup>20</sup>

Definición operacional: Medición de los componentes del funcionamiento familiar referidos a adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive, al momento de la entrevista.

**1)- Sub Variables: Adaptabilidad**

Definición conceptual: Es la capacidad de utilizar recursos intra y extra- familiares para resolver problemas familiares en situaciones de estrés familiar o en período de crisis.<sup>21</sup>

Definición operacional: capacidad de adaptarse a las diferentes situaciones o períodos familiares.

21- Revilla, L., Estructura familiar En: Conceptos e Instrumentos de la Atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994.  
Pág. 97-100

Categorías:

- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

## **2)- Sub Variable: Cooperación o Participación**

**Definición Conceptual:** Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar<sup>22</sup>

**Definición Operacional:** participación en la toma de decisiones del núcleo familiar.

Categorías:

- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

## **3)-Sub Variable: Desarrollo**

**Definición Conceptual:** Es la maduración física y emocional y la autorrealización que alcanzan los componentes de una familia, gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo a través del ciclo vital familiar.<sup>23</sup>

**Definición Operacional:** capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

22- Revilla, L., Estructura familiar En: Conceptos e Instrumentos de la Atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994. Pág. 97-100.

23- Revilla, L., Estructura familiar En: Conceptos e Instrumentos de la Atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994. Pág.: 97-100.



Categorías:

- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

#### 4)- Sub Variable: Afectividad

Definición Conceptual: Es la relación de cariño o amor que existe entre los miembros de la familia y la capacidad de demostrárselo.<sup>24</sup>

Definición Operacional: demostración de cariño o amor entre los miembros de la familia

Categorías:

- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

#### 5)- Sub Variable: Capacidad Resolutiva

Definición Conceptual: Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros familiares.<sup>25</sup>

Definición operacional: tiempo que comparte con la familia

Categorías:

- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

Cabe destacar que esta variable se tomo como única variable para nuestro estudio.

24- Revilla, L., Estructura familiar En: Conceptos e Instrumentos de la Atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994. Pág.: 97-100.

25- Revilla, L., Estructura familiar En: Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994. Pág. 97-100.

Variable: Cumplimiento del Tratamiento

Variable: Cualitativa nominal

Definición conceptual: Grado de acatamiento de las prescripciones medicas por parte de los pacientes. <sup>26</sup>

Definición Operacional: cumple con el tratamiento

Categorías:

- Si
- No

26- Diccionario de Medicina, Océano Mosby, 2007

## RESULTADOS

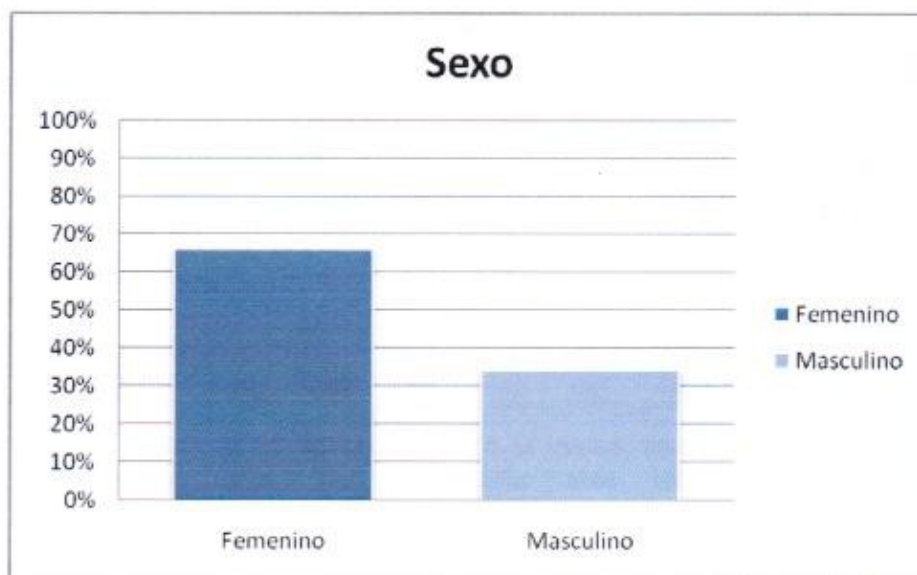
Los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas en las policlínicas del sector público de la ciudad de Montevideo, se tabularon y graficaron a continuación para su posterior análisis.

**Tabla N° 1: Distribución de la población según sexo**

<b>SEXO</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Femenino	125	66%
Masculino	64	34%
Total	189	100%

Fuente: Entrevista realizada en el periodo del 24 al 28 octubre de 2012.

**Grafico N° 1: Distribución de la población según sexo**



Fuente: Tabla N° 1.

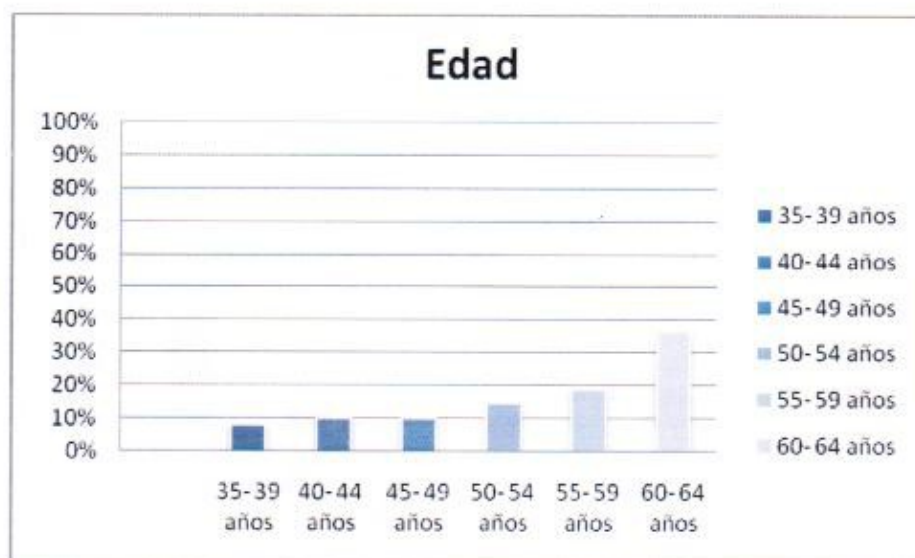
**Tabla N° 2: Distribución de la población según edad**

<b>EDAD</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
30- 34 años	3	2%
35- 39 años	15	8%
40- 44 años	19	10%
45- 49 años	19	10%
50- 54 años	28	15%
55- 59 años	35	19%
60- 64 años	70	37%
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista realizada en el periodo del 24 al 28 octubre de 2012.

Cabe destacar que el rango entre 21-24 y 25-29 no se tabulan ya que al momento de las entrevistas no se obtuvo usuarios dentro de los mismos

**Grafico N° 2: Distribución de la población según edad**



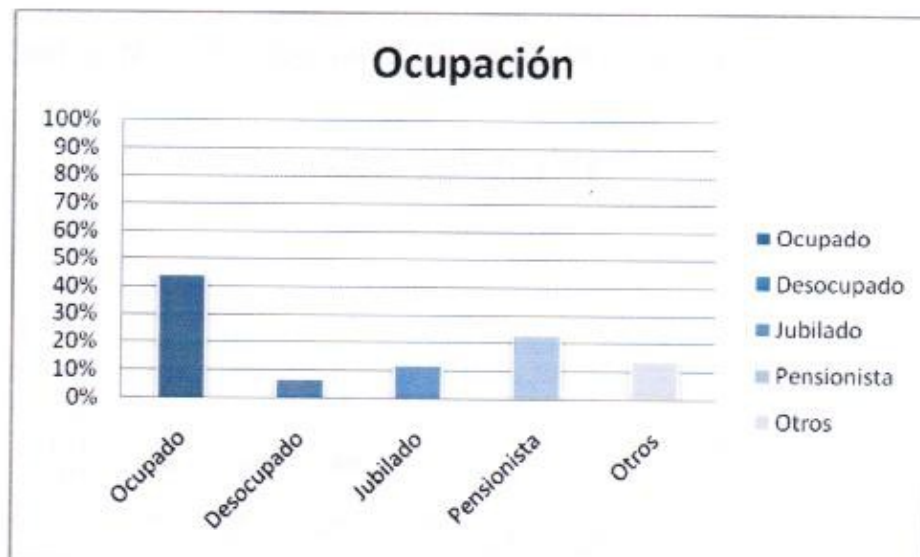
Fuente: Tabla N°2

**Tabla Nº 3: Distribución de la población según ocupación**

<b>OCUPACIÓN</b>	FA	FR%
Ocupado	83	44%
Desocupado	13	7%
Jubilado	22	12%
Pensionista	44	23%
Otros	27	14%
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista realizada en el periodo del 24 al 28 octubre de 2012.

**Gráfico Nº 3: Distribución de la población según ocupación**



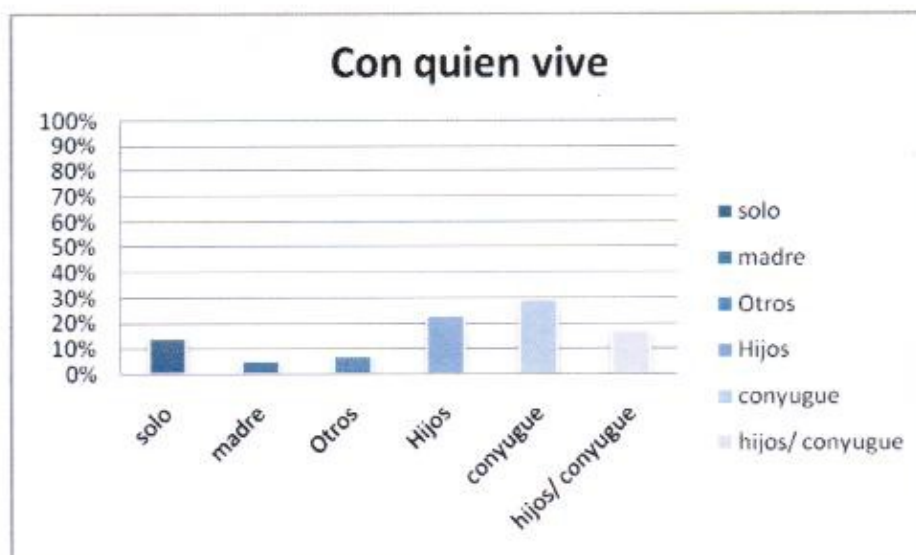
Fuente: Tabla Nº 3

**Tabla N° 4: Distribución de la población según con quien vive.**

<b>CON QUIEN VIVE</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Solo	27	14%
Madre	9	5%
Padre	0	0%
Hijos	43	23%
Conyugue	54	29%
Otros	13	7%
Hijos/ Conyugue	33	17%
Conyugue/ Otros	1	0,5%
Hijos/ Conyugue/ otros	1	0,5%
Padre/ Hijos	2	1,1%
Madre/ Hijos	2	1,1%
Hijos/ Otros	2	1,1%
Madre/ Conyugue	2	1,1%
Total	189	100%

Fuente: Entrevista realizada en el periodo del 24 al 28 octubre de 2012.

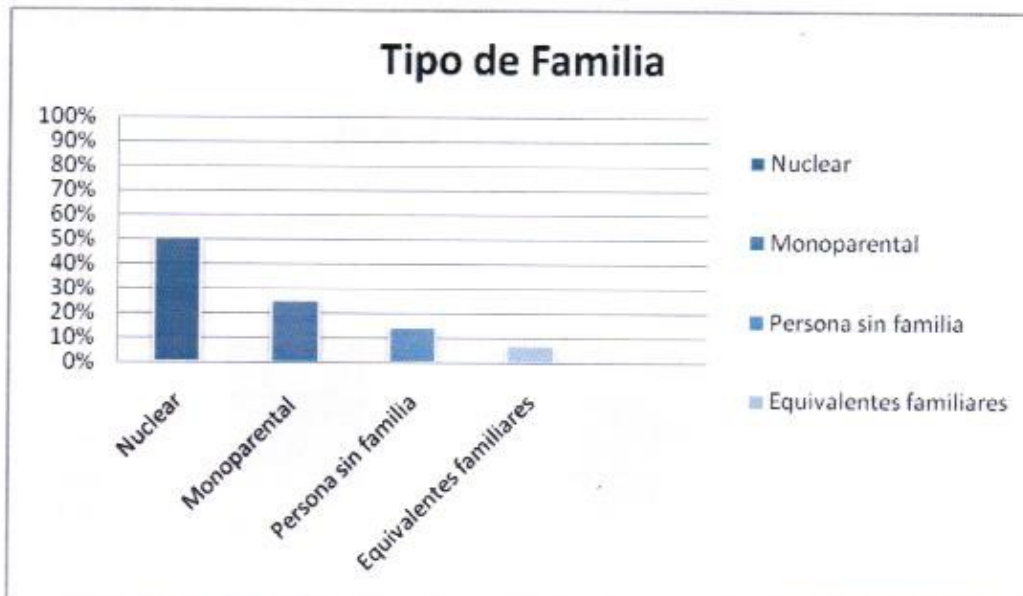
**Grafico N° 4: Distribución de la población según con quien vive.**



Fuente: Tabla N°4.

<b>TIPO DE FAMILIA</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Nuclear	97	51%
Extensa	4	2%
Monoparental	48	25%
Personas sin familia	27	14%
Equivalentes familiares	13	7%
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100%</b>

Estos datos se obtienen a través del análisis de la variable con quien vive.

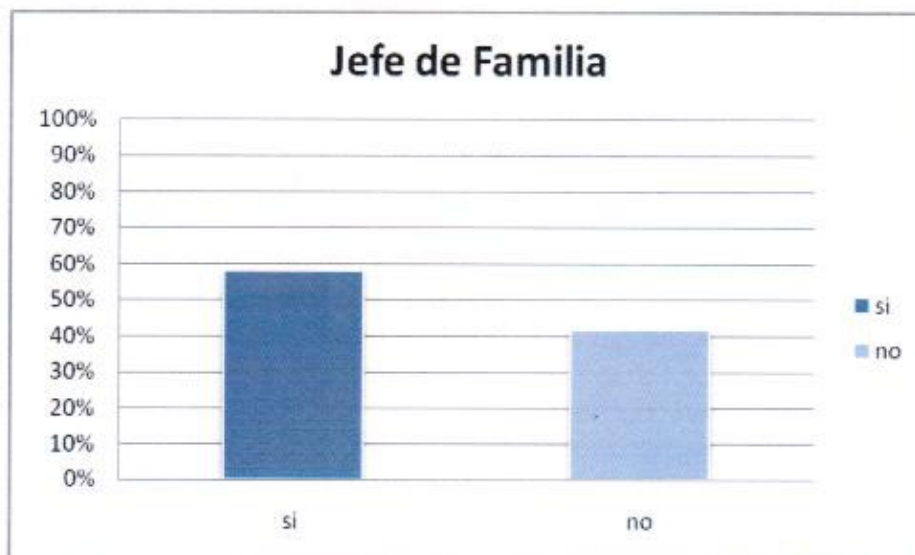


**Tabla N° 5: Distribución de la población según rol familiar**

<b>JEFE DE FAMILIA</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Si	109	58%
No	80	42%
Total	189	100%

Fuente: Entrevista realizada en el periodo del 24 al 28 octubre de 2012.

**Grafico N° 5: Distribución de la población según rol familiar**



Fuente. Tabla N° 5



**Tabla Nº 6: Distribución de la población según cumplimiento del tratamiento**

<b>CUMPLE CON TRATAMIENTO</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Si	130	69%
No	59	31%
Total	189	100%

Fuente: Entrevista realizada en el periodo del 24 al 28 octubre de 2012.

**Gráfico Nº 6: Distribución de la población según cumplimiento del tratamiento**



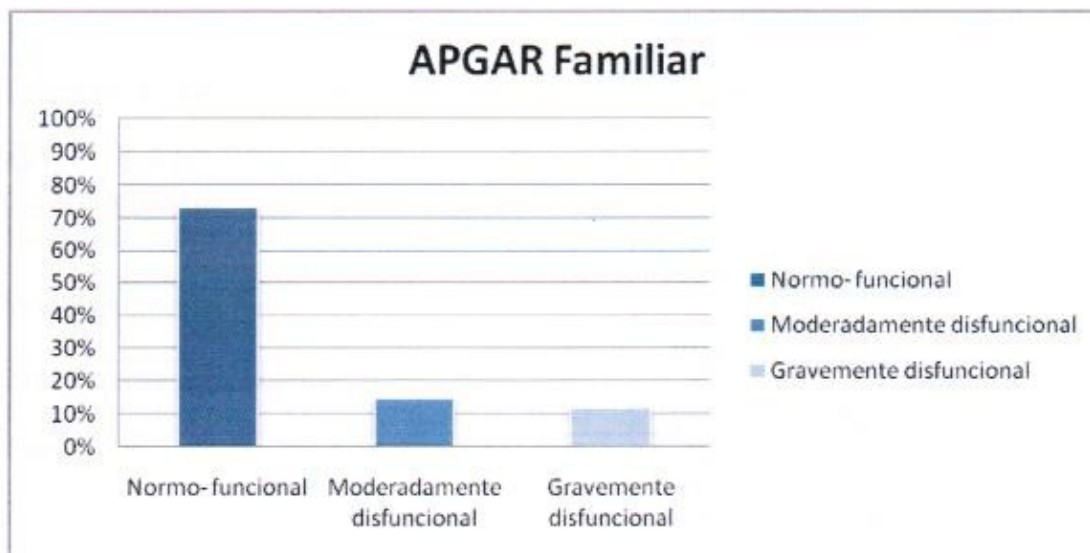
Fuente: Tabla Nº 6

**Tabla N° 7: Distribución de la población según APGAR familiar**

<b>APGAR FAMILIAR</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Normo- funcional	138	73%
Moderadamente disfuncional	29	15%
Gravemente disfuncional	22	12%
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista realizada en el periodo del 24 al 28 octubre de 2012.

**Gráfico N° 7: Distribución de la población según APGAR familiar**



Fuente: Tabla N° 7.

## CRUZAMIENTO DE VARIABLES

**Tabla N° 1: APGAR familiar/ Jefe de familia**

APGAR familiar/ Jefe de familia	SI	NO	TOTAL
Normofuncional	75 (40%)	63 (33%)	138 (73%)
Moderadamente disfuncional	16 (8%)	13 (7%)	29 (15%)
Gravemente disfuncional	18 (10%)	4 (2%)	22 (12%)
Total	109 (58%)	80 (42%)	189 (100%)

Fuente: Entrevista realizada en el periodo del 24 al 28 octubre de 2012.

Luego de relacionar estas variables (APGAR familiar/jefe familia), se destaca que de la población investigada y que pertenecen a una familia normofuncional el 40% son jefes de familia; en cuanto a los que poseen familia moderadamente disfuncional el 8% son jefe de familia; mientras que los que presentan una familia gravemente disfuncional el 10% son jefes de familia.

**Tabla N° 2: APGAR familiar/ Cumplimiento del tratamiento**

APGAR familiar/ Cumplimiento del tratamiento	SI	NO	TOTAL
Normofuncional	108 (57%)	30 (16%)	138 (73%)
Moderadamente funcional	12 (7%)	17 (8%)	29 (15%)
Gravemente disfuncional	10 (5%)	12 (7%)	22 (12%)
Total	130 (69%)	59 (31%)	189 (100%)

Fuente: Entrevista realizada en el periodo del 24 al 28 octubre de 2012.

Al relacionar estas variables (APGAR familiar/cumplimiento del tratamiento), se observa que dentro de las familias normofuncionales un 57% cumplen con el tratamiento; en cuanto los que poseen familia moderadamente funcional un 7% cumplen con el tratamiento, mientras que los que presentan una familia gravemente disfuncional un 5% cumplen con el tratamiento.

**Tabla N° 3: Jefe de familia- Cumplimiento del tratamiento**

<b>Jefe de familia/ Cumplimiento del tratamiento</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Si	73 (39%)	36 (19%)	109 (58%)
No	57 (30%)	23 (12%)	80 (42%)
Total	130 (69%)	69 (31%)	189 (100%)

Fuente: Entrevista realizada en el período del 24 al 28 octubre de 2012.

En cuanto a este cruzamiento de variables se observa que el 39% son jefe de familia y cumplen con el tratamiento.

## **ANALISIS**

La población con la cual se llevo a cabo la investigación contó con un total de 189 usuarios.

Mediante las variables seleccionadas para caracterizar la población se obtuvo que el 66% corresponde al sexo femenino y un 34% al sexo masculino, lo cual refleja lo ya mencionado en el marco teórico sobre los factores de riesgos biológicos no modificables, donde expresa que el sexo femenino en la edad post menopáusica presenta mayor riesgo de padecer hipertensión arterial.

En cuanto a la variable edad se destacó que la mayoría de la población hipertensa es mayor de 60 años, manifestándose en un elevando porcentaje correspondiente al rango etario de 60 a 64 años con un 37%; esto refleja las estadísticas de nuestro país, en donde se muestra que a mayor edad mayor riesgo de padecer hipertensión arterial.

En lo que refiere al tipo de familia consideramos importante destacar que un 51% se corresponde a personas con familia nuclear, esto constituye un factor positivo debido a que la familia cumple un papel importante en el apego al tratamiento brindándole su apoyo, comprensión y cuidados.

Mediante la aplicación del APGAR familiar se destacó que un 73% poseen una familia normofuncional, a través del cruzamiento de las diferentes variables Apgar familiar-Jefe de familia, se obtuvo que de los usuarios con familias normofuncionales, un 54% son jefe de familia. Esto es importante dado que el jefe de familia es quien sostiene económicamente a la familia y si éste está enfermo el recurso económico se verá afectado.

Mediante el cruzamiento de las variables APGAR familiar-cumplimiento del tratamiento, se destacó que de los usuarios con familias normofuncionales un 78% cumplen con el tratamiento. Esto podría deberse a que la familia cumple funciones vitales que otros grupos no pueden llevar a cabo tan eficazmente, como

por ejemplo, la familia proporciona ayuda a cada uno de sus miembros, apoyo físico, social y emocional. Cada familia establecerá un equilibrio entre las funciones que satisfagan las necesidades de cada miembro.

Mediante el cruzamiento de las variables jefe de familia-cumplimiento del tratamiento se destacó que el 39% es jefe de familia y cumple con el tratamiento. Siendo esto positivo para poder cumplir con el rol que ejerce.

Cabe destacar que al comparar nuestro estudio con estudios realizados anteriormente, se vio que presentan hallazgos similares; en los cuales la nomofuncionalidad familiar es un pilar importante en el apoyo de la persona adulta hipertensa.

## **CONCLUSIÓN**

El trabajo de investigación llevado a cabo nos permitió conocer el funcionamiento del núcleo familiar de la persona adulta hipertensa, aplicando el APGAR Familiar;

Nuestra población de estudio evidenció que la mayoría posee una familia normofuncional, siendo esto a su vez un aspecto fundamental para el cumplimiento del tratamiento del Adulto Hipertenso.

Al finalizar dicho trabajo de investigación podemos decir que la información obtenida mediante el mismo nos permitió alcanzar los objetivos planteados.

Este trabajo fue de suma importancia para nuestra formación en lo que se refiere a la realización de trabajos de investigación, a la puesta en práctica de la Metodología de Investigación, como también lo referente al relacionamiento con los Servicios de Salud, vínculo y conocimiento de la población. Es así que mediante los diferentes trabajos de investigación se puede implementar estrategias, para actuar sobre diferentes situaciones, contribuyendo a la calidad de atención y de vida de la población a las que se les brinda atención y cuidados.

## **SUGERENCIAS**

Al finalizar nuestro trabajo de investigación proponemos que el mismo se tome como punto de partida para la realización de futuras investigaciones, en las cuales se incluya el núcleo familiar en el abordaje de un usuario con patología prevalente.

Destacamos la importancia de incluir el cuestionario del APGAR familiar en la consulta, así enfermería, conocerá el funcionamiento familiar del usuario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Barrenechea. C, Menoni. T, Lacava. E, Monje.A, Acosta. C, Crosa.S, Gabrielzyk. I, Carrillo.R. En: Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería, Universidad de la República; 2009.

Diccionario de Medicina, Océano Mosby, 2007.

Hernandez Sampieri, R. Metodología de la Investigación.  
Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial. Hipertensión Arterial 3er consenso Uruguayo. Octubre 2005.

Kozier, "Enfermería Fundamental: conceptos, procesos y practica". 4<sup>ta</sup> Ed. Tomo I. 1993.

López, A., Diccionario Enciclopédico Universal. España: Cultural S.A.; 1998  
Ramos Calero "Enfermería Comunitaria: métodos y técnicas" Edit. Difusión. 1<sup>er</sup> ed. España. 2000.

RAP- ASSE. Hipertensión Arterial. En: Guía de abordaje de la Hipertensión Arterial para el Primer Nivel de Atención. Montevideo: 2010.

Revilla, L. ¿Qué es la familia? En: Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Doyma; 1994

Zurro, Martín; Pérez, J.F "Atención Primaria" Editorial Elsevier. 6<sup>ta</sup> Ed. Volumen I. 2008 Barcelona España



Tesis:

- Irasabal, L., Lopardo L., Meneses Y., Salvatore N., Vespa M.;  
"Composiciones y Funciones de la Familia del Adulto Mayor". Montevideo.  
Diciembre 2007.

Web Links:

- [http://Digeset.Ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/Ricardo\\_Garcia\\_Lopez.pdf](http://Digeset.Ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Ricardo_Garcia_Lopez.pdf) .
- <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10643412.pdf>
- [http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia\\_5551\\_1.htm](http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5551_1.htm)
- <http://utcas.org/uto/castellano/info trastornos/infoapgarfamiliar.asp>
- [www.ine.gub.uy/biblioteca/metodologias/ech/metodologia%20en%20ha%202006.pdf](http://www.ine.gub.uy/biblioteca/metodologias/ech/metodologia%20en%20ha%202006.pdf)

# **ANEXOS**

**ANEXO 1:**

Instrumento para recolección de datos

Fecha:

Investigador:

<p><u>Sexo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Femenino</li><li>• Masculino</li></ul>
<p><u>¿Qué edad tiene?</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 21- 24 años</li><li>• 25 - 29años</li><li>• 30 - 34 años</li><li>• 35 - 39 años</li><li>• 40 - 44 años</li><li>• 45 - 49 años</li><li>• 50 - 54 años</li><li>• 55 - 59 años</li><li>• 60 - 64 años</li></ul>
<p><u>Ocupación</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ocupado</li><li>• Desocupado</li><li>• Jubilado</li><li>• Pensionista</li><li>• Otros</li></ul>
<p><u>¿Con quién vive?</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Solo</li><li>• Madre</li><li>• Padre</li><li>• Hijos</li><li>• Conyugue</li><li>• Otros</li></ul>
<p><u>¿Es jefe de familia?</u></p>

- Si
- No

**APGAR Familiar**

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Siente que su familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se les presentan.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Siente que en su familia las decisiones importantes se toman en conjunto?</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Siente que su familia acepta los cambios en el desarrollo personal, para crecer y crear tipos de vidas independientes?</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se siente satisfecho con la demostración de cariño o amor de su familia?</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Siente que su familia comparte el tiempo suficiente, espacio y dinero?</li> </ul>			

**¿Cumple con el tratamiento?**

- Si
- No

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CUESTIONARIO

*Las preguntas formuladas serán contestadas mediante el marcado de una cruz al lado de la respuesta.*

*La realización de la entrevista se llevará a cabo por parte de un investigador por usuario; en sala de espera y consulta de Enfermería.*

*Al inicio de la entrevista se le solicitará autorización de forma verbal y se le explicará la finalidad de la misma, la confidencialidad de los datos así como el anonimato*

**Pregunta 1 Sexo:** se marcará con una cruz la opción que al usuario corresponda. Por ejemplo si es sexo femenino:

- Sexo femenino
- Sexo masculino

**Pregunta 2 ¿Qué edad tiene?:** se marcará con una cruz la edad del usuario dependiendo del rango etario que corresponda.

Ejemplo: si el usuario responde *25 años* se marcará de la siguiente manera

- 21 - 24 años
- 25 - 29 años
- 30 - 34 años
- 35 - 39 años
- 40 - 44 años
- 45 - 49 años
- 50 - 54 años
- 55 - 59 años
- 60 - 64 años

**Pregunta 3 Ocupación:** se marcará con una cruz la opción que indique la actividad laboral que desempeña el usuario, por ejemplo si se encuentra desocupado:

- Ocupado
- Desocupado
- Jubilado
- Pensionista

**Pregunta 4 Con quién vive?:** se marcará con una cruz la opción indicada por el usuario según con quien viva, ejemplo si vive con padre y madre:

- Padre
- Madre
- Cónyuge

- Hijo
- Otros

**Pregunta 5 *¿Es Jefe de Familia?***: se marcará con una cruz la opción que al usuario corresponda, por ejemplo:

- Si X
- No

**Pregunta 6 *APGAR Familiar***: Se marcará con una cruz el casillero que el usuario considere, por ejemplo:

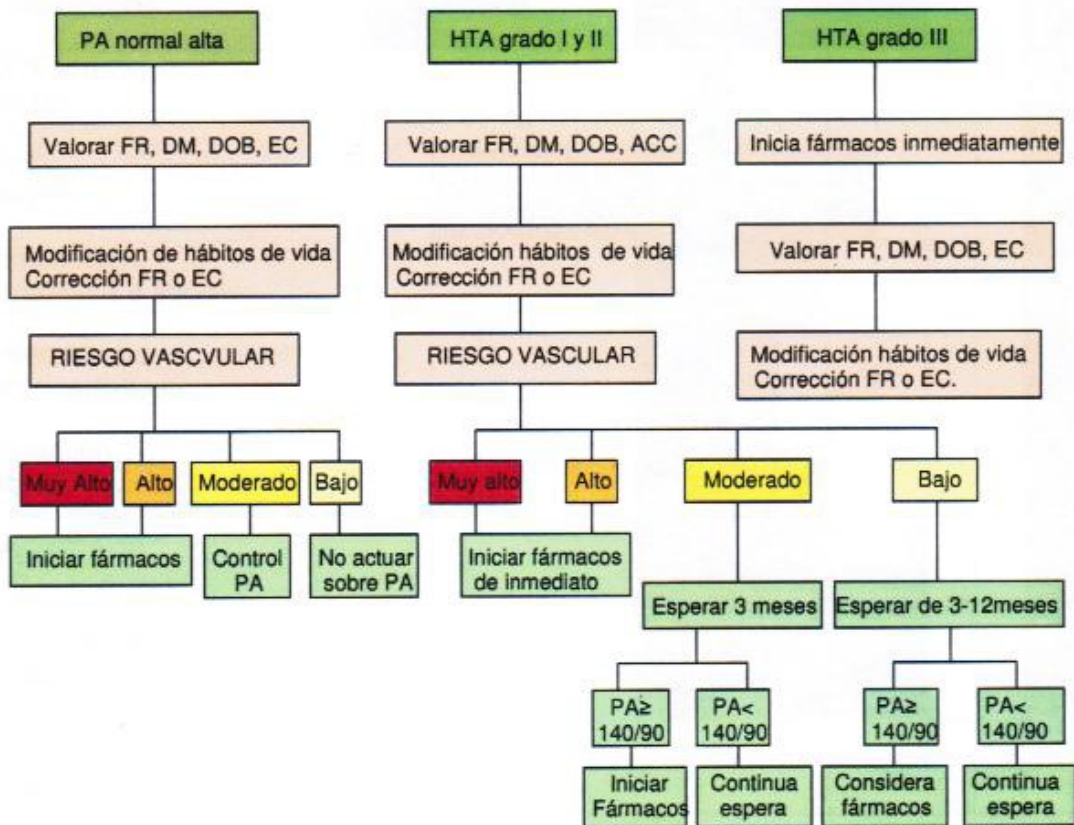
	Casi nunca	A veces	Casi siempre
• ¿Siente que su familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se les presentan.			
• ¿Siente que en su familia las decisiones importantes se toman en conjunto?			
• ¿Siente que su familia acepta los cambios en el desarrollo personal, para crecer y crear tipos de vidas independientes?			
• ¿Se siente satisfecho con la demostración de cariño o amor de su familia?			
• ¿Siente que su familia comparte el tiempo suficiente, espacio y dinero?			

**Pregunta 7 *¿Cumple con el tratamiento?***: se marcará con una cruz la opción que el usuario indique, por ejemplo:

- Si X
- No

## ANEXO Nº 2:

### Esquema de Tratamiento de Hipertensión Arterial



Guías Europeas para el manejo de Hipertensión Arterial 2003.

### ANEXO 3

#### CRONOGRAMA DIAGRAMA DE GANTT

Actividades	Febrero 2012				Marzo 2012				Abril 2012				Mayo 2012			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Reunión de Grupo de investigación	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■				
Tutoría con Docentes						■								■		
Revisión Bibliográfica		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Determinación del problema a abordar					■	■	■	■	■	■				■		
Recolección de datos estadísticos					■	■	■	■	■	■				■	■	
Planteamiento de objetivos					■	■	■	■	■	■				■		
Elaboración de marco conceptual					■	■	■	■	■	■	■	■				
Elaboración de Protocolo					■	■	■	■	■	■	■	■				
Prueba piloto																
Recolección de los datos																
Tabulación y análisis de los datos																
Elaboración del informe final																



Actividades	Junio 2012				Julio 2012				Agosto 2012				Setiembre 2012			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Reunión de Grupo de investigación	■	■	■	■			■			■	■	■				■
Tutoría con Docentes		■									■					
Revisión Bibliográfica	■	■	■	■						■	■	■				
Determinación del problema a abordar			■													
Recolección de datos estadísticos			■													
Planteamiento de objetivos			■				■									
Elaboración de marco conceptual			■	■			■			■						
Elaboración de Protocolo			■	■			■			■	■	■				
Prueba piloto															■	
Recolección de los datos																■
Tabulación y análisis de los datos																
Elaboración informe final																

Actividades	Octubre 2012				Noviembre 2012				Diciembre 2012				Enero 2013			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Reunión de Grupo de investigación																
Tutoría con Docentes																
Revisión Bibliográfica																
Determinación del problema a abordar																
Recolección de datos estadísticos																
Planteamiento de objetivos																
Elaboración de marco conceptual																
Elaboración de Protocolo																
Prueba piloto																
Recolección de los datos																
Tabulación y análisis de los datos																
Elaboración informe final																

Actividades	Febrero 2013				Marzo 2013			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Reunión de Grupo de investigación		■	■	■	■	■	■	■
Tutoría con Docentes						■		
Revisión Bibliográfica								
Determinación del problema a abordar								
Recolección de datos estadísticos								
Planteamiento de objetivos								
Elaboración de marco conceptual								
Elaboración de Protocolo								
Prueba piloto								
Recolección de los datos								
Tabulación y análisis de los datos		■	■	■				
Elaboración informe final				■	■	■	■	■